CONSIDÉRATIONS

N° 231.

ET

PROPOSITIONS

SUR

QUELQUES SUJETS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 août 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PIERRE VIDAL, de Poitiers;

Interne des hôpitaux civils de Paris; Membre de la Société anatomique; ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, Suppléant.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL, Examinateur.
Clinique chirurgicale	BOYER, Président. / DUBOIS. / DUPUYTREN, Examinateur. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin, Suppléant.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, Examinateur.	Piorry.
Cottereau, Examinateur.	Rochoux.
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE ET DE MA SOEUR.

Regrets éternels!!!

A MON PÈRE, A MON FRÈRE.

Respect, amitié et attachement.

P. VIDAL.

P. VIDAL

CONSIDÉRATIONS

ET

PROPOSITIONS

SUR

QUELQUES SUJETS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

§ Ier. PROPOSITIONS DE CHIRURGIE.

I.

L'ENGORGEMENT inflammatoire des glandes inguinales peut dépendre, comme chacun sait, d'ulcérations au gland ou au prépuce, ou être un effet sympathique d'excoriations au pied, à la jambe, etc. Il est souvent très-difficile de déterminer quelle est la cause de l'engorgement que l'on observe, parce que l'affection qui l'a fait naître a presque entièrement disparu, ou est si peu étendue, qu'elle ne paraît aucunement en rapport avec l'augmentation de volume de la glande. En général, je crois, on peut dire que c'est une inflammation syphi-

litique lorsque la glande engorgée est située au - dessus du ligament de *Poupard*, tandis que ce n'est qu'une inflammation sympathique quand elle est située au-dessous.

II.

Des aphthes syphilitiques aux lèvres et des ulcérations cancéreuses de ces mêmes parties déterminent également l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou et de la base de la mâchoire, avec cette différence toutefois que cet engorgement semble en quelque sorte primitif, c'est-à-dire se montre en même temps que les aphthes syphilitiques lorsqu'il dépend de cette affection, tandis que ce n'est que secondairement, et lorsque les ulcérations carcinomateuses sont déjà établies depuis long-temps, qu'il se manifeste, lorsqu'il reconnaît pour cause une dégénérescence cancéreuse.

III.

La hernie épiploïde est moins grave que l'entérocèle, parce que les connexions de l'épiploon avec l'économie sont moins intimes que celles de l'intestin.

IV.

L'épiploon occasione quelquefois l'étranglement de l'intestin, lorsque, venant à se déchirer, une anse intestinale s'engage dans sa déchirure.

V.

L'épiploon entourant de toute part une portion d'intestin herniée lui forme une espèce de coussin ou matelas, qui diminue considérablement les effets de la constriction produite par l'ouverture aponévrotique.

VI.

L'épanchement rapide de sérosité dans l'intérieur du sac herniaire diminue les symptômes de l'étranglement.

VII.

Dans le cas où il existe de la sérosité dans l'intérieur du sac, il arrive souvent que l'opération du taxis est très-difficile; le liquide se déplaçant sans cesse, l'opérateur ne peut saisir convenablement l'intestin pour le faire rentrer dans l'abdomen.

VIII.

Dans une circonstance semblable, il arrive quelquefois que le liquide rentre dans l'abdomen, que la tumeur diminue de volume; ce qui donne au chirurgien une sécurité trompeuse, tandis que les symptômes de l'étranglement marchent et deviennent promptement mortels.

IX.

Dans l'opération de la hernie étranglée, la direction des vaisseaux est un moyen de distinguer le sac de l'intestin. Les vaisseaux de l'intestin sont constamment arborisés transversalement à sa direction; ceux du sac, au contraire, n'ont rien de constant dans leur distribution, et suivent le plus ordinairement la longueur de ce dernier.

X.

L'étranglement de la hernie ombilicale, toutes choses étant égales d'ailleurs, est beaucoup moins à craindre que celui des hernies inguinale et crurale.

XI.

L'opération de la hernie ombilicale réussit bien plus rarement, les circonstances étant pareilles, que celle des autres hernies. Quelle en est la cause? On l'ignore. Cependant ne semblerait-il pas que l'air dans cette opération ayant plus de facilité à s'introduire dans la cavité abdominale, doit en frapper la membrane séreuse dans une plus grande étendue, et produire une inflammation plus considérable que cela n'a lieu à la suite des autres opérations de hernie?

XII.

Il est une affection nerveuse de la vessie qui simule tous les symptômes de la pierre, qui a souvent occasioné les plus grandes méprises, et qui paraît avoir son siége dans le col de l'organe.

XIII.

L'opération de la taille chez les enfans est beaucoup plus difficile à pratiquer que chez les adultes; mais en revanche elle guérit plus aisément, et laisse après elle bien moins d'accidens que chez ces derniers.

XIV.

La non-consolidation d'une fracture reconnaît souvent pour cause l'application vicieuse de l'appareil, l'indocilité du malade, un tempérament scrophuleux, etc... Chez certains sujets où la plupart de ces causes manquent, qui, du reste, sont jeunes, forts et vigoureux, et qui semblent placés dans les meilleures conditions possibles pour une prompte consolidation, il arrive quelquefois cependant que cette consolidation n'a pas lieu. C'est lorsque la fracture est le produit d'une violence extérieure qui a agi dans l'en-

droit même de la solution de continuité de l'os. Quelle est la cause de cette particularité? Je ne puis le savoir. Proviendrait-elle de ce que la pression produite par la violence extérieure aurait plus contondu le tissu propre de l'os, et produit une dilacération, une attrition plus considérable des petits vaisseaux qui en parcourent la substance, que cela n'a lieu dans les fractures ordinaires? On peut le croire.

M. *Roux*, dont les leçons cliniques m'ont fourni la substance de cette proposition, et dans le service duquel j'en ai vu deux exemples, n'a donné cette explication que sous la forme du doute.

XV.

La suture du périnée a été pratiquée un bon nombre de fois, sans aucune espèce de résultat. Ceci ne proviendrait-il pas de l'espèce de suture mise en usage? Jusqu'à nos jours, presque tous les chirurgiens n'ont employé que la suture entortillée, qui, appliquée sur un endroit qui manque de point d'appui solide, a l'inconvénient de ne bien rapprocher les lèvres de la plaie que dans ses parties superficielles, tandis que ses parties profondes restent séparées. On doit, je crois, lui préférer la suture enchevillée, qui a l'avantage de rapprocher les parties plus profondément, et de maintenir en contact les bords ravivés de la plaie dans toute leur étendue. Un cas de ce genre, dont j'ai été témoin et où l'opération pratiquée par M. *Roux* a été suivie d'un plein succès, est une preuve de la proposition que j'émets. (M. *Roux* est dans l'intention de publier incessamment quelques recherches assez étendues sur ce point de médecine opératoire.)

XVI.

M. *Roux* a pratiqué une quarantaine de fois environ la ligature de gros troncs artériels, tels que la crurale, la brachiale, la sous-clavière, etc., soit pour des hémorrhagies suites d'amputation, soit

pour des anévrysmes, et quatre fois seulement sur ce nombre il est survenu des hémorrhagies consécutives. D'après cela, quelle confiance ne doit pas inspirer le procédé hémostatique constamment employé par cet habile chirurgien. Il consiste dans l'emploi d'une ligature plate que l'on noue sur un cylindre de sparadrap, dont on a préalablement entouré l'artère.

XVII.

La désarticulation du poignet, quelle que soit l'habileté de l'opérateur ou le procédé que l'on met en usage, laisse toujours une plaie large, irrégulière, constamment humectée par la synovie et peu propre à la réunion par première intention. Ses lambeaux sont minces, dépourvus en grande partie de muscles, renferment une infinité de tendons dont l'exfoliation se fait long-temps attendre, et entretient ainsi une suppuration interminable. Souvent le pus, en suivant la gaîne celluleuse des tendons, remonte jusque dans l'intérieur de l'avant-bras, nécessite des ouvertures et des contre-ouvertures, et quelquefois occasione les accidens les plus fâcheux.

Cette opération, bonne sans doute sur le cadavre quand il s'agit d'éprouver l'habileté d'un concurrent, ou de faire briller la dextérité d'un professeur de médecine opératoire, est très-rarement pratiquée sur le vivant. On lui préfère avec raison l'amputation de l'avant-bras à sa partie moyenne. La plaie qui en résulte est plus régulière, pourvue d'une plus grande quantité de parties molles, et la cicatrisation est plus prompte. Ces avantages, je crois, compensent singulièrement l'infraction au précepte chirurgical, qui veut que toute amputation soit pratiquée le plus loin possible du tronc, précepte qui du reste n'est pas d'une rigueur absolue, puisque tous les jours on l'enfreint dans une circonstance à peu près pareille : telle est l'amputation de la jambe dans le lieu d'élection. Enfin, j'ajouterai, comme considération accessoire, que les moyens mécaniques que l'on adapte à l'avant-bras, pour remplacer en quelque sorte la main, soit pour sou-

lever ou saisir les corps, s'appliquent tout aussi bien lorsque le malade ne conserve que la moitié de son avant-bras que lorsqu'il possède celui-ci en entier.

XVIII.

Les chirurgiens anglais qui, comme on sait, sont partisans outrés de la réunion immédiate, pratiquent, pour cette raison, un bien plus grand nombre d'amputations à lambeaux qu'on ne le fait communément en France, où ce genre d'opération est assez rarement mis en usage : néanmoins si, comme tout porte à le croire, la réunion immédiate finit par être adoptée d'une manière plus générale, ce dernier genre d'amputations, je crois, reprendra quelque faveur.

Jusqu'à présent l'amputation circulaire à la jambe a semblé le mode opératoire le plus convenable, l'amputation de cette partie à un seul lambeau formé par tous les muscles composant le mollet étant tout à fait abandonnée. Aucun chirurgien, que je sache, n'a entrepris de pratiquer cette opération en formant deux lambeaux; l'exécution d'une semblable opération présentait un certain nombre de difficultés qui avaient leur source dans la forme triangulaire du membre, dont une des faces est presque entièrement dépourvue de muscles et seulement recouverte par la peau, dans la grosseur inégale des deux os qui concourent à la former, et particulièrement dans l'obliquité du plan sur lequel ils sont placés, l'un par rapport à l'autre. Toutes ces difficultés, M. *Roux* est parvenu à les surmonter; il est le premier, je crois, qui ait conçu et exécuté sur le vivant l'amputation de la jambe à deux lambeaux : l'un, externe, formé par les parties molles de la région antérieure et péronière, et par celles de la partie externe des mollets; l'autre, interne, constitué par les parties molles qui recouvrent la face interne de la jambe et composent toute la partie interne du mollet.

Le premier lambeau est taillé avec le bistouri au moyen d'une incision qui, commençant sur la partie moyenne de la face interne du tibia, se termine en arrière à la partie moyenne du mollet. Les

parties molles sont disséquées profondément jusqu'aux os, et quand ce lambeau, dont la convexité regarde en bas, a la longueur voulue, on le relève à sa base; ensuite, avec un couteau long et étroit, dont on passe la pointe sous le reste de la peau que recouvre la face interne du tibia, on contourne le bord interne de cet os, et on traverse perpendiculairement l'épaisseur des chairs de la partie interne du mollet pour venir sortir en arrière à l'endroit où le premier lambeau a été terminé; puis en faisant marcher l'instrument de haut en bas, on taille un lambeau de même forme, de même longueur et de même épaisseur que le premier. Les os sont ensuite coupés au lieu d'élection.

Le résultat de cette opération fournit un moignon très-abondamment recouvert de parties molles; l'extrémité des os se trouve soustraite au contact de l'air, et la peau ne paraît pas aussi exposée à tomber en gangrène au niveau de la crête du tibia que dans l'amputation circulaire, surtout si on a le soin de soutenir les chairs de la partie postérieure du moignon avec une petite attelle de carton, qui, comprimant légèrement ceux-ci, les pousse avantageusement en avant.

M. *Roux*, qui à l'époque où il décrivit cette opération pour la première fois (voyez la Relation de son voyage à Londres en 1814, page 344), l'avait pratiquée quatre fois avec succès, depuis ce temps l'a pratiquée un égal nombre de fois avec une alternative de revers et de succès. Deux opérations de ce genre dont j'ai dernièrement été témoin, les malades étant au moment où j'écris dans la meilleure progression vers la guérison, me portent à croire que cette opération peut être d'une grande utilité.

XIX.

La division des os formant la voûte palatine n'est pas, comme on l'a prétendu dans un ouvrage moderne, une contre-indication à l'opération de la staphyloraphie; l'expérience démontre le contraire, et apprend en outre que cette opération, par sa réussite, détermine

quelquefois, si le sujet, quoique adulte, est encore jeune, le rapprochement des os de la voûte, et produit ainsi une guérison des plus complètes.

§ II. PROPOSITIONS DE MÉDECINE.

I.

Ajouter un nouveau moyen de diagnostic à ceux que nous possédons déjà, quelque nombreux et quelque perfectionnés qu'ils puissent être, c'est, je crois, rendre un service important à la science. Sous ce rapport M. *Piorry*, en découvrant la percussion médiate, en appliquant son étude à l'examen de tous les organes de la poitrine et de l'abdomen avec une constance et une opiniâtreté vraiment dignes de remarque, a mérité, je pense, la reconnaissance de tous les praticiens.

II.

La percussion ne peut dispenser de l'auscultation, pas plus que cette dernière ne saurait rendre inutile la percussion; bien au contraire, l'une rectifie souvent les erreurs de l'autre, ou fournit des données que l'autre n'avait pas fait apercevoir; très-souvent encore l'une corrobore les vérités que l'autre avait fait découvrir. Ainsi rejeter l'une de ces méthodes pour adopter exclusivement l'autre me paraît très-peu logique; c'est, je crois, le cas d'un individu qui, pour apprécier les objets extérieurs, négligerait de les toucher par le seul fait qu'il peut les voir.

III.

Sans vouloir établir ici une comparaison rigoureuse entre l'auscultation et la percussion, ni discuter la valeur des différens signes fournis par ces deux méthodes pour le diagnostic des maladies, je dirai cependant qu'en général je crois les signes fournis par la percussion plus sûrs et plus constans que ceux donnés par l'auscultation. La raison sur laquelle je me fonde est que les signes fournis par la percussion sont le résultat de l'état physique d'un organe, tandis que ceux que donne l'auscultation ne sont que la résultante de l'expression fonctionnelle de l'organe exploré. Ainsi rien ne peut faire que le son que donne un poumon percuté ne soit toujours et constamment le même tant que son état organique ne change pas, tandis que mille causes peuvent faire varier le bruit respiratoire sans que le poumon soit malade; par exemple, que de fois n'a-t-on pas entendu de râle crépitant, sibilant ou autre dans un poumon sain! Que de fois aussi est-il arrivé qu'on n'a trouvé aucune espèce de râle dans un poumon enflammé, ou absence complète d'égophonie dans un cas d'épanchement, tandis qu'un poumon hépatisé qui a été convenablement percuté n'a jamais pu donner autre chose qu'un son mat, un poumon sain qu'un son clair, un épanchement pleurétique qu'un son mat, son qui devenait clair sitôt qu'on percutait au-dessus du niveau du liquide.

En un mot, les signes fournis par la percussion me paraissent être à ceux fournis par l'auscultation ce que sont les signes physiques aux signes fonctionnels des maladies; les premiers sûrs et constans, les seconds incertains et fugaces.

IV.

A mon sens, ce qui me paraît nuire considérablement, je ne dirai pas à l'adoption de la percussion médiate, comme moyen de diagnostic, personne ne conteste son utilité, mais à son emploi journa-

lier, c'est que venant après l'auscultation, elle n'a pas le brillant de cette dernière découverte; que les principes sur lesquels elle se fonde sont très-faciles à concevoir, très-difficiles à mettre en pratique; que pour retirer de cette méthode tous les avantages et toute l'utilité qu'on a lieu d'en attendre, il faut beaucoup d'attention, et surtout beaucoup d'habitude, et que cette dernière ne s'acquiert que par un long exercice.

V.

C'est à l'aide de la percussion médiate seule qu'il est possible de reconnaître, je dirai plus, de mesurer exactement le volume des organes thoraciques ou abdominaux, de constater leur densité, leur position, etc., et pour les viscères creux leur état de vacuité ou de plénitude.

VI.

On a répété un très-grand nombre de fois qu'un épanchement n'étant qu'un symptôme de la maladie, il importait peu de savoir par quelle quantité de liquide il était constitué, qu'il suffisait simplement de constater son existence pour traiter la maladie, ce que l'on parvenait à faire sans le secours de la percussion médiate. D'abord on n'a jamais prétendu attacher une importance puérile à mesurer un épanchement pour la petite gloire de l'avoir mesuré; mais à l'aide de la percussion médiate on est parvenu à reconnaître des épanchemens infiniment petits, et d'autres qui, plus considérables, n'avaient appelé l'attention du praticien par aucune espèce de signe fonctionnel, et seraient sans cela restés ignorés, ou n'auraient dévoilé leur existence que lorsqu'ils eussent été hors de l'atteinte des agens thérapeutiques. En constatant le lieu qu'occupe un épanchement, la hauteur à laquelle il parvient, on se rend compte de tel ou tel symptôme, que sans cela on attribuerait peut-être à la lésion organique d'un organe. De plus, lorsque l'on administre certains médicamens dans la vue de provoquer la résorption du liquide épanché, on peut

constater chaque jour, suivre pour ainsi dire avec le doigt la diminution ou l'augmentation de ce liquide ; dès-lors personne ne contestera qu'un tel moyen ne soit au moins très-satisfaisant pour l'esprit, et ne guide singulièrement la conduite que le praticien doit tenir.

VII.

Tous les épanchemens pleurétiques n'occupent pas la partie la plus déclive de la cavité thoracique ; quelques-uns sont circonscrits par de fausses membranes, ou par l'adhérence des plèvres, et occupent différentes hauteurs dans la poitrine ; la percussion est un très-bon moyen pour constater leur présence, leur situation, leur étendue, et empêcher de les faire confondre avec toute autre affection du thorax.

VIII.

La plupart des pneumonies chez les vieillards ne se traduisent à l'extérieur par aucune espèce de symptômes ; c'est pour cette raison qu'elles ont été appelées *latentes ;* la percussion est souvent le seul moyen à l'aide duquel on constate leur existence.

IX.

L'hydropéricarde, lorsqu'il n'est pas porté à un point très-considérable, est toujours très-difficile à constater. A l'aide de la percussion, on parvient cependant à lever les incertitudes à cet égard ; effectivement on sait que lorsqu'une quantité de sérosité plus considérable que dans l'état normal occupe l'intérieur du péricarde, celle-ci, en vertu du poids du cœur et des mouvemens qu'il exécute, est forcée de gagner la partie supérieure de la cavité séreuse ; ainsi la percussion qui, dans l'état ordinaire, donne un son clair à la partie supérieure du péricarde, donne, au contraire, un son mat dans le cas dont nous parlons.

X.

Deux sensations bien distinctes sont mises en jeu dans l'exercice de la percussion : l'une est l'appréciation par l'oreille du son fourni par l'organe que l'on percute, l'autre est la sensation de résistance, de mollesse ou de *rénitence*, que perçoit l'extrémité du doigt qui percute. La première est appréciée par toutes les personnes à portée de l'entendre ; l'autre, au contraire, ne peut être perçue que par l'opérateur seul. Cette dernière est celle qui fournit les appréciations les plus sûres et les plus exactes, à tel point que je ne doute point que la percussion ne puisse être exercée avec beaucoup d'avantage par un médecin qui aurait perdu l'ouïe complètement.

XI.

C'est chez les vieillards surtout que la pneumonie ne saurait être assujettie à une seule méthode de traitement. Plusieurs années passées comme interne dans les hospices consacrés à la vieillesse, m'ont fourni l'occasion d'observer que la saignée, bonne dans certains cas de pneumonie, détermine quelquefois une faiblesse telle, que le malade ne peut plus expectorer ; les mucosités s'accumulent dans les bronches, et bientôt le malade périrait asphyxié, si quelques expectorans énergiques et même quelques toniques ne venaient donner au poumon la force de se débarrasser des mucosités qui l'obstruent. C'est à cet âge également que la *méthode perturbatrice* ou de *Rasori* doit, je crois, d'après ce que j'ai vu, réussir le plus souvent, vu le peu de susceptibilité des organes digestifs.

XII.

L'ictère, chez les vieillards, est constamment le résultat d'un obstacle mécanique au cours de la bile : un assez bon nombre d'autop-

sies que j'ai faites à l'hospice de la Salpêtrière et de Bicêtre, sur des sujets morts ictériques, et chez lesquels j'ai constamment trouvé une altération organique soit du foie, soit des canaux biliaires, ou des organes environnans qui comprimaient ces derniers, m'ont prouvé la vérité de la proposition que j'émets, qui est en même temps l'expression de l'opinion de M. *Rostan* sur cette maladie.

XIII.

La présence d'hydatides dans l'intérieur du foie donne à la percussion un sentiment de frémissement, de tremblotement au bout des doigts, qui est caractéristique, et que représente exactement la sensation que l'on éprouve en frappant avec le doigt médius d'une main le boîtier d'une montre à double fond placé dans la paume de la main opposée.

XIV.

Sans vouloir rien préjuger ici sur la question qui, depuis quelques années, divise certains pathologistes, pour savoir si l'affection décrite primitivement par M. *Rostan* sous le nom de *ramollissement du cerveau*, est le résultat inévitable de l'inflammation cérébrale, ou si c'est une affection spéciale *et sui generis*, je dirai que je crois que jusqu'à présent le nom de *ramollissement* doit lui être conservé, en ce que cette dénomination, qui ne préjuge rien sur la nature de la maladie, nous la désigne d'après son caractère pathologique le plus constant et le plus appréciable.

Nous serions très-heureux, je pense, de pouvoir ainsi dénommer toutes les maladies d'après un état pathologique invariable.

XV.

L'épithète de *foudroyante* donnée à certaines apoplexies, et qui tend à faire croire que cette affection occasione la mort avec la rapidité de

la foudre, me paraît devoir être bannie du langage médical, parce qu'aucune hémorrhagie cérébrale ne cause la mort qu'après quelques heures. La plus forte hémorrhagie de ce genre que j'aie eu occasion d'observer, et qui était telle, que le sang, après avoir déchiré la substance médullaire d'un hémisphère, fit irruption dans les ventricules et distendit considérablement ces quatre cavités, au point qu'à l'autopsie on évalua sa quantité à une livre et demie, n'occasiona cependant la mort qu'au bout de trois heures.

Une autre hémorhagie de la grosseur d'un petit œuf, mais située dans l'épaisseur du pont de *Varole*, s'étendant un peu dans l'épaisseur du bulbe rachidien, causa la mort en deux heures.

XVI.

Une infinité d'opinions diverses et souvent contradictoires ont été émises sur la nature du choléra-morbus; les rappeler ici serait une tâche un peu longue et surtout d'une mince utilité; cependant celle qui assimile cette affection à une hémorrhagie me paraît infiniment probable. Effectivement tout, dans cette maladie, débutant incontestablement sous une influence épidémique, sa marche, ses terminaisons, etc., me paraissent avoir la plus grande analogie avec une abondante perte de sang. Ce qui pourrait confirmer l'opinion que j'émets en ce moment, c'est que le traitement qui paraît avoir le plus généralement et le plus constamment réussi est celui que l'on emploie le plus ordinairement dans cette dernière affection.

XVII.

Tout ce qui tend à affaiblir l'économie favorise sur nous l'action de l'influence épidémique; voilà pourquoi le choléra, en arrivant dans un pays, attaque de préférence les personnes faibles ou affaiblies par des maladies antécédentes. C'est eu égard à la même cause que, dans tous les pays où il a passé, à l'époque des grandes chaleurs de

l'été, où les réparations alimentaires ne sont pas, chez la majeure partie des individus, en raison des pertes que l'on fait journellement, il semble reprendre une nouvelle activité, attaquer un plus grand nombre d'individus, pour perdre ensuite de son intensité sitôt que ces chaleurs cessent.

XVIII.

La femme, douée d'un organe de plus (la matrice) que l'homme, chez lequel rien de semblable ne se rencontre, surtout sous le point de vue pathologique, doit être nécessairement une fois plus malade que lui. Si maintenant on considère qu'un organe est d'autant plus fréquemment atteint de maladies qu'il remplit des fonctions plus nombreuses et plus importantes, on concevra sans peine que la femme doit être bien plus fréquemment atteinte de maladies que l'homme. Effectivement, je ne veux pour preuve de cette proposition que rappeler les accidens auxquels l'exposent l'établissement de la menstruation, son cours, sa terminaison, la grossesse, l'accouchement, etc., etc.

XIX.

Lorsque, dans les premiers mois de la grossesse, le flux menstruel continue encore à se montrer, la cause ne semble-t-elle pas devoir être attribuée à l'embryon, qui, trop jeune encore, ne peut attirer à lui tous les fluides qui affluent constamment vers l'utérus. Au terme moyen de la grossesse, ce phénomène cesse, parce que l'équilibre s'établit; mais dans les derniers mois, le fœtus, augmentant constamment de volume, attire à lui une plus grande quantité de sucs nourriciers que la matrice n'en reçoit ordinairement, de sorte qu'à cette époque, la santé de la mère s'altère, les traits s'allongent, la peau devient pâle, l'embonpoint diminue, etc.

Lorsque l'accouchement est terminé, les mêmes fluides continueraient à se porter vers l'utérus, si le retour de cet organe sur lui-même, et la contraction des muscles, qui ont secondé puissamment

celle des fibres de la matrice, ne les faisaient refluer vers toutes les autres parties du corps susceptibles de les admettre en plus ou moins grande quantité. Cette surabondance de liquides vers des organes qui n'en contiennent pas autant habituellement, occasione certains dérangemens dans l'exercice de leurs fonctions, et détermine les troubles que l'on observe alors dans la digestion, la respiration, la transpiration cutanée, etc., troubles qui, s'ils persistaient, amèneraient probablement des accidens fâcheux; mais la nature, par suite d'une admirable prévoyance, détermine vers le troisième jour un accès de fièvre franchement inflammatoire, qui se juge par une véritable métastase sur les glandes mammaires; crise heureuse, à la faveur de laquelle la santé de la mère se rétablit, en même temps qu'elle est pour son enfant une source féconde à laquelle il va puiser la vie.

D'un autre côté, la matrice se débarrasse par les lochies de la trop grande quantité de fluides que son tissu contient; son intérieur se cicatrise, et bientôt elle reprend le volume que comporte son état de repos.

FIN.